

### 1 自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】(ユニット1)

|         |                    |            |            |
|---------|--------------------|------------|------------|
| 事業所番号   | 2770901870         |            |            |
| 法人名     | 有限会社 スギタ           |            |            |
| 事業所名    | サポートハウス城南          |            |            |
| 所在地     | 大阪府高槻市城南町2丁目16番16号 |            |            |
| 自己評価作成日 | 平成28年1月8日          | 評価結果市町村受理日 | 平成28年3月22日 |

※事業所の基本情報は、公表センターページで閲覧してください。(↓このURLをクリック)

|          |  |
|----------|--|
| 基本情報リンク先 |  |
|----------|--|

【評価機関概要(評価機関記入)】

|       |  |  |  |
|-------|--|--|--|
| 評価機関名 | 特定非営利活動法人ニッポン・アクティブライフ・クラブ ナルク福祉調査センター |  |  |
| 所在地   | 大阪市中央区常盤町2-1-8 FGビル大阪 4階               |  |  |
| 訪問調査日 | 平成28年2月16日                             |  |  |

【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点(事業所記入)】

ご本人に自己決定して頂く為に、どのように毎日生活を共にするかを、常に考え支援しています。今年のケアの目標である「心を尽くす」は、どのような事になってもあなたの価値は1mmも変わる事はないという信念に基づいた尊厳あるケアをスタッフ一同目指していきたいと思ひます。ご家族も安心して希望や意見・相談ができ、気軽にホームに来て頂けるように心がけています。施設内の勉強会やカンファ・レク会議など月に2~3回実施し常に情報やケア方針を職員同士が共有できるようにし、外部研修にも職員が参加出来る様に支援しています。「あなたに会えて良かった」とご入居者に思っ頂ひ、職員もこの方とお会い出来て幸せと思える職場を目指し100%自分なりの介護力・人間力が発揮出来る様に支援しています。

【外部評価で確認した事業所の優れている点、工夫点(評価機関記入)】

事業所は平成16年4月、阪急高槻市駅から高槻城跡、公園、歴史資料館、小・中・高校等の文教地区を通り抜け、徒歩15分ほどの住宅街の一角に開設された。1ユニット6人の2ユニットで個人尊重、1人ひとりに寄り添った介護が行われている。事業所の理念のもと今年の目標として「心を尽くす」と決め職員が一丸となってケアにあたっている。管理者は10余年の実績のもと職員への教育指導に力を注ぎ、資質向上に尽力している。職員間の信頼関係は良好で勤続年数の長いこともあり、日々の積み重ねより介護力豊かな施設である。職員はこの職場での仕事は楽しく遣り甲斐があると満足顔で話され、明るく生き生きとしている。その人らしい余生への支援をと心魂を傾けている。利用者は職員への信頼から表情は穏やかでゆったり感が窺える。家族は希望や相談もし易く、信頼と共に頼り所となるホームである。

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1~55で日頃の取り組みを自己点検したうえで、成果について自己評価します

| 項目   | 取り組みの成果<br>↓該当するものに○印   | 項目  | 取り組みの成果<br>↓該当するものに○印   |
|--|---|---|---|
| 56<br>職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる<br>(参考項目:23,24,25)     | ○ 1. ほぼ全ての利用者の<br>2. 利用者の2/3くらい<br>3. 利用者の1/3くらい<br>4. ほとんど掴んでいない | 63<br>職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができている<br>(参考項目:9,10,19)   | ○ 1. ほぼ全ての家族と<br>2. 家族の2/3くらいと<br>3. 家族の1/3くらいと<br>4. ほとんどできていない    |
| 57<br>利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある<br>(参考項目:18,38)           | ○ 1. 毎日ある<br>2. 数日に1回程度ある<br>3. たまにある<br>4. ほとんどない                | 64<br>通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている<br>(参考項目:2,20)                     | ○ 1. ほぼ毎日のように<br>2. 数日に1回程度<br>○ 3. たまに<br>4. ほとんどない                |
| 58<br>利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている<br>(参考項目:38)                 | ○ 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない  | 65<br>運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりが拡がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている<br>(参考項目:4) | ○ 1. 大いに増えている<br>○ 2. 少しずつ増えている<br>3. あまり増えていない<br>4. 全くない          |
| 59<br>利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている<br>(参考項目:36,37)  | ○ 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない  | 66<br>職員は、活き活きと働いている<br>(参考項目:11,12)                                      | ○ 1. ほぼ全ての職員が<br>2. 職員の2/3くらいが<br>3. 職員の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない       |
| 60<br>利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている<br>(参考項目:49)                | ○ 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない  | 67<br>職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う                                       | ○ 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    |
| 61<br>利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている<br>(参考項目:30,31)       | ○ 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない  | 68<br>職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う                                   | ○ 1. ほぼ全ての家族等が<br>2. 家族等の2/3くらいが<br>3. 家族等の1/3くらいが<br>4. ほとんどできていない |
| 62<br>利用者は、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らしている<br>(参考項目:28) | ○ 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない  |   |   |

# 自己評価および外部評価結果

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

| 自己                 | 外部  | 項目  | 自己評価  | 外部評価   |  |
|--------------------|-----|---|---|--|--|
|                    |     |   | 実践状況  | 実践状況   | 次のステップに向けて期待したい内容  |
| <b>I. 理念に基づく運営</b> |     |   |   |  |  |
| 1                  | (1) | ○理念の共有と実践<br>地域密着型サービスの意義をふまえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている                            | 玄関前や事務所2階多目的室に、理念・方針を掲示しています。   | 事業所の理念「入居者様が主人公、尊厳を保つ、生きがいのある生活、地域社会と共に」を玄関、事務室などに掲示し全職員が共有している。各種会議やカンファレンスの折にケアの振り返りを行い実践に繋げている。                               |  |
| 2                  | (2) | ○事業所と地域とのつきあい<br>利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している                            | 自治会役員・民生委員の方との2ヶ月に一度の集まりを通じて親しくさせて頂いております。一斉掃除や介護相談の看板も掲げ包括支援に繋げる場ともなっています。 | 住宅街の一角にあり、地区の自治会に加入している。自治会の会合、地区の行事にも参加し、施設周辺の散歩時にも挨拶するなど地域との交流に努めている。  |  |
| 3                  |     | ○事業所の力を活かした地域貢献<br>事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている                          | 推進会議時に認知症に対する理解等を説明させて頂き会議には、地域のどなたでも気軽に参加して頂ける様な環境の場を提供しています。              |  |  |
| 4                  | (3) | ○運営推進会議を活かした取り組み<br>運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている       | 会議では、施設の状況を報告させて頂き、意見等を頂戴し認知症の理解と施設の取り組みを話し合いサービス向上に活かしています。                | 年6回奇数月に定例化し、自治会長、民生委員、利用者、家族、管理者の出席で開催されている。施設の現況報告、認知症に関する情報提供などテーマを考えながら双方向的に意見交換がされ、サービス向上に繋げている。                             | 会議の案内通知はしている。参加メンバーに行政関係者(地域包括支援センターあるいは高齢者福祉課)の参加は重要である。また知見者(介護相談員他)の参加を呼びかけてメンバーの拡充が望まれる。 |
| 5                  | (4) | ○市町村との連携<br>市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くよう取り組んでいる                  | 市の研修や実地指導等を通じてサービスの向上に努めています。又、市相談員が2ヶ月に一度施設に来られご入居者と歓談され市に報告されます。          | 市相談員2名が2か月に1回来られ利用者と歓談されたり、地域のボランティアのコーラスを楽しむこともある。職員は市主催の研修会に参加し市町村との連携でサービス向上に努めるなど協力関係を築いている。                                 |  |
| 6                  | (5) | ○身体拘束をしないケアの実践<br>代表者および全ての職員が「介指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる | 身体拘束はしないケアに取り組んでいます。但し、施設玄関前がすぐに道路となり、市からの安全面での指導もありサムターン式の施錠をしています。        | 身体拘束に関する弊害について全職員は事業所内・外の研修にも参加し正しく理解している。転落防止・危険防止の為、例えばベットの低くしたり時にセンサーマットを使用している。玄関は道路に面しているので安全上サムターン式の施錠をせざるを得ないが家族の了解は得ている。 |  |
| 7                  |     | ○虐待の防止の徹底<br>管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見逃ごされることがないように注意を払い、防止に努めている       | 市等の研修には必ず出席し、勉強会では必ずケアの基本として話し合います。又、職員の職場でのストレスがないように、話しやすい環境を作り防止に努めます。   |  |  |

| 自己 | 外部  | 項目   | 自己評価  | 外部評価   |                   |
|----|-----|--|---|--|-------------------|
|    |     |  | 実践状況  | 実践状況   | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 8  |     | ○権利擁護に関する制度の理解と活用<br>管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している    | 重要事項や契約書に成年後見人制度について記載しているが、契約時に説明させて頂いています。                              |  |                   |
| 9  |     | ○契約に関する説明と納得<br>契約の締結、解約又はや改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている                        | 契約時には時間をかけて納得して頂くまで、説明をし不安なく理解して頂いております。                                  |  |                   |
| 10 | (6) | ○運営に関する利用者、家族等意見の反映<br>利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員ならびに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている                     | ご意見・提案箱を作り、不満や苦情を言いやすくしています。又、計画作成者が折に触れて家族と連絡・面談を行い希望・意見等を反映出来る様に努めています。 | 利用者や家族の意見・希望はあらゆる機会を通して聴取する努力をしている。時には家族に電話をかけ意見や要望を訊ねている。計画担当者も家族と連絡・面談をし希望や意見が介護計画に反映できるよう努めている。     |                   |
| 11 | (7) | ○運営に関する職員意見の反映<br>代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている                                      | 勉強会やレク会議・申し送りノート・気づきノートを交えて提案を聞き会社全体に周知しています。                             | 1・2階のフロアーリーダーはスタッフの言動により希望・意見・提案等をキャッチしている。管理者への報告も密で職員間の風通しもよく情報を吟味の上、施設運営に反映させている。管理者は年1回個人面談を行っている。 |                   |
| 12 |     | ○就業環境の整備<br>代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている      | 職員個々の努力は、処遇改善金(年2回)や労働条件にも反映されるように1年に一回見直しをし、やりがいに繋がるよう、働きやすい環境整備に努めています。 |  |                   |
| 13 |     | ○職員を育てる取り組み<br>代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている         | 外部・内部研修等受講して勉強会で発表してもらい職員のステップアップに努めています。又、資質の向上にも力を入れています。               |  |                   |
| 14 |     | ○同業者との交流を通じた向上<br>代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会を作り、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取り組みをしている | 以前は、市の包括支援センターが中心になり認知症連絡会の勉強会等が開かれていましたが、特に現状は交流はありません。                  |  |                   |

| 自己                         | 外部  | 項目   | 自己評価  | 外部評価   |                   |
|----------------------------|-----|--|---|--|-------------------|
|                            |     |  | 実践状況  | 実践状況   | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| <b>Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b> |     |  |   |  |                   |
| 15                         |     | ○初期に築く本人との信頼関係<br>サービスを導入する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている | ご本人との信頼関係を築く為に、管理者・職員と家族の絆を深め安心して任せて頂ける様に日々のコミュニケーションを深めていき、ご本人が安心して生活出来る様に支援します。 |  |                   |
| 16                         |     | ○初期に築く家族等との信頼関係<br>サービスを導入する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている            | 相談の段階から密に話し合い、お互いに納得するまで説明させて頂きながら信頼関係を作る様に努めています。                                |  |                   |
| 17                         |     | ○初期対応の見極めと支援<br>サービスを導入する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている        | よくお話を傾聴し、ご本人の状態や家族の希望に併せて一番その方にあったケアを、考え提示していきます。                                 |  |                   |
| 18                         |     | ○本人と共に過ごし支えあう関係<br>職員は、本人を介護される一方の立場におかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている                        | 毎日一緒に生活させて頂きながら喜びも不安も共有し、共に分かち合い人生の先輩として教えて頂きながら日々送っています。                         |  |                   |
| 19                         |     | ○本人を共に支えあう家族との関係<br>職員は、家族を支援される一方の立場におかず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている         | ご家族の協力なしではケアが成り立たず、必ず密にコミュニケーションをとりご本人にとって、一番居心地の良い環境になるように相談し、共にご本人を支えています。      |  |                   |
| 20                         | (8) | ○馴染みの人や場との関係継続の支援<br>本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている                     | 家族キーパーソンと相談しながら、お友達や手紙等の投函を通して、今までの関係を継続して頂ける様に努めています。                            | 家族の協力を得ながら理・美容院、スーパー、飲食店など、利用者の馴染みの人や場との関係が途切れないよう支援している。家族と一緒に旧友が訪ねてくることもある。その機会を大事に継続支援に努めている。 |                   |
| 21                         |     | ○利用者同士の関係の支援<br>利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せず利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている                  | 個々の性格を重んじてご入居者同士交流出来る様に、食卓の席を考えたり毎日の日常生活の中で職員が中に入る事で交流を深めています。                    |  |                   |

| 自己                                 | 外部   | 項目   | 自己評価  | 外部評価   |                   |
|------------------------------------|------|--|---|--|-------------------|
|                                    |      |  | 実践状況  | 実践状況   | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 22                                 |      | ○関係を断ち切らない取組み<br>サービス利用(契約)が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている                    | お葉書や、お電話を頂いております。   |  |                   |
| <b>Ⅲ. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント</b> |      |  |   |  |                   |
| 23                                 | (9)  | ○思いや意向の把握<br>一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している   | 個々に接する時間を充分にとり生活支援の中から、ご本人の自己決定や希望を引出せるように努めています。                         | キーパーソンからの情報、利用者の経歴書、日常の会話から本人の意向・希望をくみ取るようにしている。利用者が自己決定できるように職員は観察しながらゆとりを持ち、思いや暮らし方の希望や意向を把握できるようにしている。                |                   |
| 24                                 |      | ○これまでの暮らしの把握<br>一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている                                       | 個々の生活歴は大変重要で家族やご本人から時間をとって話や文書に記入して頂き、カンファレス会議にて職員と話し合い介護計画書にいかし、把握しています。 |  |                   |
| 25                                 |      | ○暮らしの現状の把握<br>一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている   | 介護計画書に基づきその方のご様子で、ケアしています。  |  |                   |
| 26                                 | (10) | ○チームでつくる介護計画とモニタリング<br>本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している | ご本人の希望・家族の希望を聞き、一日のケースに個々の目的を明示し達成できたか記入しカンファやモニタリングで介護計画書を作成しています。       | 2日間の体験入居、適応・合意を得て入居となる。その後は短期3か月、長期6か月に見直しをしている。モニタリング、カンファレンス、本人・家族の希望を参考に介護計画は作成、承認印を受けている。PDCAサイクルで現状に即した介護計画を作成している。 |                   |
| 27                                 |      | ○個別の記録と実践への反映<br>日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている                        | 個々の記録書(ケース・排泄パターン・食事量・健康観察表等)から日々の申し送り気づきを共有しケアや計画を見直しています。               |  |                   |
| 28                                 |      | ○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化<br>本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる               | ご本人の状態や希望・家族の想いや希望によりその方の一番良いサービスが受けられる様に支援します。                           |  |                   |

| 自己 | 外部   | 項目   | 自己評価  | 外部評価   |   |
|----|------|--|---|--|---|
|    |      |  | 実践状況  | 実践状況   | 次のステップに向けて期待したい内容   |
| 29 |      | ○地域資源との協働<br>一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している                                     | 近くのスーパーや、薬局に出かけたり、公園やホームの周りを散歩して地域の方と関わる事で生活を豊かにしていただける様に支援しています。                       |  |   |
| 30 | (11) | ○かかりつけ医の受診支援<br>受診は、本人及び家族等の希望を大切にし、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している                                | 契約時にご本人・家族希望で施設のかかりつけ医にするかどうか選んで頂き、定期的に医療が受けられる様に支援しています。                               | 従来のかかりつけ医、他科受診は家族の協力のもと対応している。入居時説明・同意の上、協力医療機関の内科医の往診を週に2回、歯科医・歯科衛生士は口腔ケアを含め月2回の往診がある中で希望に沿うよう支援している。                     |   |
| 31 |      | ○看護職との協働<br>介護職は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している                         | 職員として看護師を置き常にご入居者の健康状態を把握し申し送りし健康観察表にて記入し職員全員に周知しています。                                  |  |   |
| 32 |      | ○入退院時の医療機関との協働<br>利用者が入院した際、安心して治療できるように、又、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。あるいは、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている | 家族とかかりつけ医と施設、病院関係と協議を重ね、連携しています。  |  |   |
| 33 | (12) | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援<br>重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる | 契約時に、看取り介護の指針について説明させて頂いております。かかりつけ医や主治医が判断しその指示に従い、方針を共有し終末ケアの同意書をお渡し、家族協力の下ケアを行っています。 | 看取り介護の指針(書類)を見直し修正をし、研修をする等前進している。重症化の経過を観察しながら医師との連携で家族への説明、意向の確認をしながら看取りケアに臨んでいる。適宜話し合い、事実を記録し捺印を受けている。27年は2件看取り体験をしている。 |   |
| 34 |      | ○急変や事故発生時の備え<br>利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている   | 緊急時のマニュアルを事務所に掲示し勉強会で随時職員に周知しています。  |  |   |
| 35 | (13) | ○災害対策<br>火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている   | 年2回の防災訓練を行い消防署の指示・許可を受けながら訓練を実施しています。   | 年2回の防災訓練、1か月に1回のミニ訓練をしている。ハード面は防災適応に向け設備などは改良され万全である。風呂以外はオール電化である。ただ地域住民を巻き込んだ訓練には至っていない。備蓄も数日分は用意している。                   | 地域避難所、福祉避難所の周知と連携、災害全般を念頭に地域住民の協力体制構築が望まれる。自治会長、民生委員に会議の折、趣旨を説明し具体的な防災訓練の企画実施を期待する。 |

| 自己                               | 外部   | 項目   | 自己評価   | 外部評価   |                   |
|----------------------------------|------|--|--|--|-------------------|
|                                  |      |  | 実践状況   | 実践状況   | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| <b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b> |      |  |  |  |                   |
| 36                               | (14) | ○一人ひとりの尊重とプライバシーの確保<br>一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている                   | 居室は一人部屋(個室)でプライバシーを守りプライドを損なわない様にケアをさせて頂いております。                                  | 人生の先輩として、個人の尊厳を大事にしている。人前でのケアは細心の注意を払うようにし声掛けのトーンも考慮している。個人情報に関する書類関係は書庫に施錠し保管している。                                    |                   |
| 37                               |      | ○利用者の希望の表出や自己決定の支援<br>日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている                     | ご本人のやろうとしている事や行動を止めない・何事もこちらが用意するのではなく、ご本人に伺い自己決定して頂けるように支援しています。                |  |                   |
| 38                               |      | ○日々のその人らしい暮らし<br>職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切に、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している | ご本人の事を職員がよく理解でき、居心地のよい環境を整える事が出来る様に支援しています。                                      |  |                   |
| 39                               |      | ○身だしなみやおしゃれの支援<br>その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している                                  | 洋服等のご自分で出来るだけ選んで頂き化粧水など以前されていたように出来る様に支援しています。                                   |  |                   |
| 40                               | (15) | ○食事を楽しむことのできる支援<br>食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている     | 行事食や誕生日会には、ご入居者の希望される献立にし配膳や料理等ご自身で出来る事は一緒にさせて頂いております。                           | 食材は業者より搬入されキッチンで調理している。汁物、ご飯、果物は施設で準備している。行事食、誕生日会の食事は利用者の希望を参考に施設の方ですべて用意される。職員も同席し食事を共にしている。利用者もできる範囲で食器拭き、下膳等行っている。 |                   |
| 41                               |      | ○栄養摂取や水分確保の支援<br>食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている          | 個々により1日1200キロカロリー～1400カロリーの食事を提供し、形態も刻みやミキサー食・お粥等を提供し、食事量や水分量はリズムパターン表で記入し支援します。 |  |                   |
| 42                               |      | ○口腔内の清潔保持<br>口の中の汚れや臭いが生じないよう、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている                   | 毎食後口腔ケアをして頂き、希望により、月4回の歯科受診・口腔ケアに加え日々職員がお口の体操・口腔ケアをさせて頂いております。                   |  |                   |

| 自己 | 外部   | 項目  | 自己評価  | 外部評価  |                   |
|----|------|---|---|---|-------------------|
|    |      |   | 実践状況  | 実践状況  | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 43 | (16) | ○排泄の自立支援<br>排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立にむけた支援を行っている                              | 個々に排泄パターン表を毎日記録し排泄の自立にむけ支援をしています。   | 排泄リズムパターンシートを照合しながらトイレでの排泄誘導を行っている。利用者個人の水分出納(排泄・水分の摂取)も詳細に記録管理されている。トイレは清潔・整頓され臭いもない。                                      |                   |
| 44 |      | ○便秘の予防と対応<br>便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる  | 食べ物と体操から自然排便があるように努めています。ドクター指示により、薬での調整も行っています。                              |   |                   |
| 45 | (17) | ○入浴を楽しむことができる支援<br>一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々にそった支援をしている                        | ご本人の希望がない場合は決まった時間・曜日に入って頂いております。お一人お一人ゆっくりと入浴でき職員との会話も大事にしながら楽しんでもらえるようにします。 | 週に2、3回の割合で入浴をしている。浴槽に昇降台(椅子)があり下肢筋力減弱の人も安全に浴槽に浸ることができる。季節湯(菖蒲湯、柚子湯)バラエティーに富んだ入浴剤を楽しむこともある。入浴拒否の人は手浴・足浴をしながら気長く段階を追ってすすめている。 |                   |
| 46 |      | ○安眠や休息の支援<br>一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している   | その方の行動や考えを止めることなく安心して休息して頂ける様に、水分補給・足浴・清拭・温タオル等で支援しています。                      |   |                   |
| 47 |      | ○服薬支援<br>一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている  | 全職員は薬の用法・用量について理解し、情報も共有し支援させて頂いております。又ご様子に変化があった場合はかかりつけ医にその都度、指示を頂いております。   |   |                   |
| 48 |      | ○役割、楽しみごとの支援<br>張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている                             | レクの楽しみや生活の役割を自己決定により、もたれる事で生活リズムややりがいに繋がるように支援しています。                          |   |                   |
| 49 | (18) | ○日常的な外出支援<br>一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。又、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している | 個々の希望や行事に沿って支援しています。又家族との外出も積極的に努めています。                                       | 日常は施設周辺の散歩、気候に恵まれない日は朝夕施設内でのレクリエーションで気分転換を図っている。利用者の多くは車椅子対応で遠出は難しい。過去にはジャンボタクシーで万博・高槻のバラ園に出かけたこともあった。家族との外出は積極的に支援している。    |                   |



| 自己 | 外部   | 項目   | 自己評価  | 外部評価  |                   |
|----|------|--|---|---|-------------------|
|    |      |  | 実践状況  | 実践状況  | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 50 |      | ○お金の所持や使うことの支援<br>職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している  | キーパーソンと相談しご本人の意向に沿って低額金管理して頂く事はありますが、殆どが小遣い帳に記入し家族に確認領収書をお渡しして管理しています。            |   |                   |
| 51 |      | ○電話や手紙の支援<br>家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている   | ご本人の意向に沿って、携帯をもたれたり、電話等かけたい時にいつでも出来るように支援しています。電話の取次ぎもしています。                      |   |                   |
| 52 | (19) | ○居心地のよい共用空間づくり<br>共用の空間(玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等)が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激(音、光、色、広さ、温度など)がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている | 施設全体が和を取り入れた落ち着いた空間になっていて、居室・トイレや浴室がわかりやすくプレート等で表示しています。壁には皆様の作品や手作り作品・写真等飾っています。 | 1ユニット6人である。共用部分は和風の佇まいで落ち着いた雰囲気である。玄関・廊下・リビング等の採光、広さ、温度なども適切で居心地よさそうである。壁には季節感を思わせる利用者手作りの作品(節分の豆まき・お雛様・カレンダー)写真等が飾られている。   |                   |
| 53 |      | ○共用空間における一人ひとりの居場所づくり<br>共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている  | ソファや椅子等を共有部分に置かせて頂き自由に使って頂く事や、1階2階も自由に行き来して頂けます。                                  |   |                   |
| 54 | (20) | ○居心地よく過ごせる居室の配慮<br>居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている   | 居室は、家族とも相談してご本人の意思や希望で、前の生活空間と離れすぎないようにしています。                                     | 居室は家族の協力のもと以前の生活空間とかけ離れないようタンス・TV・机・椅子などが搬入され、家族のスナップ写真が飾られたりと個性的である。居室を間違わないように表札にも工夫がある。リビング・廊下に出たり居室に戻ったり自由に居心地良く過ごしている。 |                   |
| 55 |      | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり<br>建物内部は一人ひとりの「できること」「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している   | その方の行動や考えを邪魔せず、意向に沿って(介護計画書に基づき)寄り添いのケア・パーソンセンタードケアを軸に、心を尽くすケアを目標に支援しています。        |   |                   |